



TORRE ANNUNZIATA 4 " C. N. Cesaro"

Via V. Veneto, 441 - 80058 TORRE ANNUNZIATA
(NA) Tel. 081.8614727 - FAX 081.5361749
Cod. Mecc. NAEE191007 - Codice Fiscale 82008270637
e-mail: naee191007@istruzione.it, naee191007@pec.istruzione.it
<https://www.cncesaro.edu.it/>



MODULO DI AUTORIZZAZIONE AL PROGETTO DI SCREENING

Scuola Primaria – Classi Seconde

Progetto “La Piazza dei Sogni”: Screening per la rilevazione precoce delle competenze di lettura, scrittura, matematica e abilità trasversali.

Nell’ambito delle attività previste dal Progetto “La piazza dei Sogni”, la nostra scuola promuove un’azione di monitoraggio e prevenzione finalizzata alla rilevazione precoce di eventuali difficoltà negli apprendimenti delle competenze di base (lettura, scrittura, calcolo e prerequisiti linguistico-cognitivi). Lo screening si svolgerà durante le ore scolastiche e sarà condotto con il supporto di una logopedista e dei docenti di classe.

Informativa in sintesi:

- **Finalità:** Rilevare precocemente eventuali aree di fragilità o indicatori di rischio nelle abilità strumentali (lettura, scrittura, calcolo) e orientare la didattica.
- **Natura dello screening:** Non ha finalità diagnostica e non costituisce diagnosi clinica di DSA.
- **Prove previste:** Prove standardizzate di lettura, dettato e matematica (individuali e/o collettive) ed eventuale scheda osservativa dell'insegnante.
- **Anonimato e Riservatezza:** Le prove e la raccolta dei dati avverranno in **forma anonima** mediante attribuzione di un codice identificativo per ciascun alunno. Nessun nome del bambino comparirà nel materiale di analisi complessivo.
- **Specialista responsabile:** Dr.ssa Annamaria Cimmino (Logopedista - Ordine TSRM PSTRP NA AV BN CE n° 44).

DICHIARAZIONE DI CONSENSO / AUTORIZZAZIONE

Io/Noi _____

sottoscritto/i

in qualità di genitore/i (o tutore/i legale/i) dell'alunno/a _____

frequentante la classe **2^a sez.** _____ della Scuola Primaria,

DICHIARO / DICHIARIAMO

- Di aver preso visione dell'informativa e delle modalità di svolgimento dello screening;
- Di essere a conoscenza del fatto che lo screening si svolgerà in **forma anonima** e priva di finalità diagnostiche dirette;
- Di comprendere che i risultati saranno utilizzati esclusivamente per valutare l'andamento generale della classe e per eventuale restituzione al fine di indicare mirate azioni didattiche o approfondimenti.

(Barrare la casella d'interesse)

☐ **AUTORIZZO / AUTORIZZIAMO** la partecipazione del/della proprio/a figlio/a alle attività di screening.

☐ **NON AUTORIZZO / NON AUTORIZZIAMO** la partecipazione del/della proprio/a figlio/a alle attività di screening.

Data: _____

Firma dei genitori (o del tutore legale):